

REPERCUSIONES PSICOPATOLÓGICAS DE LOS ATENTADOS TERRORISTAS EN LAS VÍCTIMAS ADULTAS Y SU TRATAMIENTO: ESTADO DE LA CUESTIÓN

María Paz García-Vera y Jesús Sanz

Universidad Complutense de Madrid

El objetivo de este trabajo es describir el estado actual de la investigación sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento. A partir de los resultados de revisiones narrativas y metaanalíticas de dicha investigación y de los estudios empíricos más recientes, especialmente, de los realizados con víctimas en España, se extraen once conclusiones sobre cuántas víctimas adultas desarrollarán trastornos psicológicos, qué trastornos psicológicos serán los más frecuentes, cuál será el curso de esos trastornos, qué tipos de víctimas se verán más afectadas y cuál será el tratamiento más adecuado para sus trastornos. Las conclusiones convergen en sugerir que, tras un atentado terrorista, tanto las víctimas directas como indirectas (y entre estas últimas, especialmente los familiares directos de los fallecidos y heridos en el atentado), necesitarán un seguimiento psicológico y una atención psicológica a corto, medio, largo y muy largo plazo.

Palabras clave: Terrorismo, Víctimas, Trauma, Trastornos mentales, Tratamiento.

The aim of this paper is to describe the current state of research on the psychopathological consequences of terrorist attacks in adult victims and their treatment. From the results of narratives and meta-analytic reviews of this research and the most recent empirical studies, especially those carried out with victims in Spain, eleven conclusions are extracted on the number of adult victims that develop psychological disorders, the psychological disorders that are most common, the course of these psychological disorders, the types of victims that are most affected, and the most appropriate treatment for their disorders. These conclusions converge to suggest that, after a terrorist attack, both direct and indirect victims (and among the latter, especially the relatives of those killed and wounded in the attack), will need psychological follow-up and care in the short, medium, long and very long term.

Key words: Terrorism, Crime victims, Trauma, Mental disorders, Treatment.

En el momento de escribir estas líneas, los medios de comunicación informan del atentado terrorista que el 13 de marzo de 2016 causó en Ankara al menos 37 fallecidos y 125 heridos, y aún resuenan los ecos del atentado cometido en esa misma ciudad el 10 de octubre de 2015 y que causó 95 fallecidos y 246 heridos, y de los cometidos en París el 13 de noviembre 2015 y en los que murieron 129 personas y más de 350 resultaron heridas (El Mundo, 2015; Mourenza, 2015, 2016). Lamentablemente, estos atentados no son hechos aislados. En 2014, se produjeron en el mundo un total de 13.463 atentados terroristas que causaron más de 32.700 muertos, 34.700 heridos y 9.400 personas secuestradas o tomadas como rehenes (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism, 2015). Estas cifras subrayan el hecho de

que el terrorismo es hoy en día un grave problema mundial que cada año afecta a un número muy elevado de personas en todas las regiones del mundo, y España no es una excepción. Durante los últimos 48 años el terrorismo ha causado en nuestro país al menos 1.225 muertos y miles de heridos (García-Vera et al., 2015). De hecho, aunque desde 2009 no ha fallecido en España ninguna persona por atentado terrorista, en 2015 al menos siete españoles fallecieron en atentados en el extranjero: dos en el atentado del 18 de marzo en el Museo Nacional del Bardo de la ciudad de Túnez (Blanco, 2015), tres en los de París (El Mundo, 2015) y dos en el del 11 de diciembre en la Embajada de España en Kabul (González y Junquera, 2015).

LA INVESTIGACIÓN SOBRE LAS REPERCUSIONES PSICOPATOLÓGICAS DE LOS ATENTADOS TERRORISTAS EN LAS VÍCTIMAS ADULTAS Y SU TRATAMIENTO

En los últimos 15-20 años, la literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas de un atentado terrorista en las personas afectadas y su tratamiento ha crecido rápida y fructíferamente, especialmente desde los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington D. C. (conocidos como los atentados del 11-S), los cuales marcaron un punto de inflexión en la investigación, con un aumento espectacular en las publicaciones científicas al respecto. Una búsqueda en la

*Correspondencia: María Paz García-Vera. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). España.
E-mail: mpgvera@psi.ucm.es*

Este trabajo ha sido posible en parte gracias a las ayudas de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2011-26450) y del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2014-56531-P) y a los contratos de investigación de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) (nº 270-2012, 283-2013, 53-2014, 100-2014, 40-2015 y 134-2015)



base de datos bibliográficos PsycINFO recuperó, para el período 1990-2001, 32 publicaciones (rango de 1-5 publicaciones anuales), mientras que para el período 2002-2013 identificó 513 (rango de 26-71 publicaciones anuales)¹. Es más, esa búsqueda tan solo encontró 2, 3 y 5 publicaciones en 1999, 2000 y 2001, respectivamente, mientras que localizó 26, 27 y 54 en 2002, 2003 y 2004. Aunque no todas estas publicaciones trataban de los atentados del 11-S, al menos el 39% sí, de manera que los estudios sobre estos atentados, junto con los realizados sobre los atentados en otros países desarrollados, especialmente, los acaecidos en los últimos 15 años en Israel, Europa (España, Francia, Irlanda y Reino Unido) y en EE. UU., y, en particular, aquellos que provocaron un número elevado de víctimas mortales y heridas como, por ejemplo, el atentado del 19 de abril de 1995 en la ciudad de Oklahoma, los del 11 de marzo de 2004 en Madrid (conocidos como los atentados del 11-M), los del 7 de julio de 2005 en Londres y, por supuesto, los del 11-S, constituyen el bagaje más sólido de conocimientos empíricos disponible actualmente sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo y su tratamiento. De manera que, si a principios de siglo buena parte de los conocimientos que se tenían sobre ambos temas provenía de la literatura científica más amplia sobre los acontecimientos traumáticos (p. ej., violaciones, maltrato físico, abuso sexual, accidentes de automóvil), incluyendo la dedicada a todo tipo de catástrofes (p. ej., guerras, accidentes graves de tren, avión o barco, incendios, terremotos), actualmente el corpus de conocimiento empírico sobre los problemas de salud mental en adultos causados específicamente por el terrorismo y sobre su tratamiento ha permitido la realización de varias revisiones narrativas y metaanalíticas al respecto como, por ejemplo, las de DiMaggio y Galea (2006), García-Vera y Sanz (2016), García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016); y Gutiérrez Camacho (2015) sobre el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la de DiMaggio, Galea y Li (2009) sobre el abuso de sustancias, las de García-Vera y Sanz (2010) y Gutiérrez Camacho (2015) sobre los trastornos depresivos y de ansiedad, la de Salguero, Fernández-Berrocá, Iruarizaga, Cano-Vindel y Galea (2011) sobre el trastorno depresivo mayor (TDM) y la de García-Vera et al. (2015) sobre el tratamiento de esos trastornos psicológicos.

Además, todas estas revisiones se han centrado fundamentalmente en los estudios que han evaluado la presencia y el tratamiento de trastornos psicológicos diagnosticables, más que en la mera presencia o tratamiento de síntomas psicológicos, ya que éstos, sin una adecuada valoración de su gravedad, frecuencia, covariación y grado de interferencia, pueden representar únicamente las respuestas emocionales intensas que forman parte del proceso de recuperación normal de las personas ante un acontecimiento traumático (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006). Por tanto, los resultados de esos estudios aseguran en gran medida que las alteraciones psicológicas que se detectan en las personas que han sufrido un atentado terrorista son clínicamente significa-

tivas, y que los tratamientos que se han mostrado eficaces o útiles lo son para alteraciones que están provocando un deterioro significativo en áreas importantes de actividad de la persona (social, laboral, etc.).

Los resultados de todas esas revisiones, junto con los resultados de estudios empíricos más recientes, son razonablemente coincidentes en señalar 11 conclusiones sobre: (1) el número de víctimas adultas que desarrollarán trastornos psicológicos; (2) los tipos de trastorno psicológico más frecuentes; (3) los tipos de víctimas que se verán más afectadas; (4) el curso más probable de esos trastornos, y (5) el tratamiento más adecuado para los mismos, conclusiones que se detallarán en los siguientes apartados.

¿CUÁNTAS VÍCTIMAS DE UN ATENTADO TERRORISTA DESARROLLARÁN TRASTORNOS PSICOLÓGICOS?

1) *La mayoría de los adultos afectados por el terrorismo no desarrollarán trastornos psicológicos y conseguirán recuperarse normalmente, sin trastornos.*

Las revisiones coinciden en señalar que, incluso entre las víctimas directas, que son las que presentan más trastornos psicológicos, y teniendo en cuenta el trastorno más frecuente, esto es, el TEPT, el porcentaje de víctimas que no presentan dicho trastorno es mayor que el que sí lo hacen, de tal manera que se puede estimar que un 60-80% de las víctimas directas no desarrollarán TEPT tras un atentado terrorista (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016; Gutiérrez Camacho, 2015).

2) *No obstante, un porcentaje muy importante de las víctimas adultas desarrollarán trastornos psicológicos, porcentaje que estará muy por encima de su prevalencia en la población general, llegando incluso a multiplicar, en el caso del TEPT, por 20 o 40 dicha prevalencia.*

Centrándose de nuevo en las víctimas directas y en el TEPT, las revisiones indican que un 18-40% de ellas desarrollarán dicho trastorno (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016; Gutiérrez Camacho, 2015). Estos porcentajes superan con creces la prevalencia del TEPT en la población general, la cual se ha estimado al año en 0,5%, 3,5% y 0,9% en España, EE. UU. y Europa, respectivamente (Haro et al., 2006; Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005; the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004), por lo que la prevalencia del TEPT en las víctimas directas multiplicaría por 36-80 su prevalencia anual en la población general española, por 5-11 en la estadounidense y por 20-44 en la europea.

¿QUÉ TIPO DE TRASTORNO PSICOLÓGICO ES MÁS FRECUENTE EN LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO?

3) *El trastorno psicológico más frecuente tras un atentado terrorista es el TEPT, pero las víctimas pueden presentar una gran variedad de trastornos psicológicos diagnosticables, de manera que los siguientes más frecuentes son, por este orden, el TDM, los*

¹ La búsqueda se realizó con la combinación de los términos ("terrorist attack" o terrorism) y ("posttraumatic stress" o "post-traumatic stress" o "acute stress" o depression o depressive o anxiety o panic o alcohol o drug) en los campos de resumen y título de la publicación.



trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia-agorafobia, y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias.

4) Los porcentajes de víctimas que mostrarán esos otros trastornos estarán muy por encima de su prevalencia en la población general, llegando incluso a multiplicar por 5 o 10 dicha prevalencia.

Las revisiones estiman que, entre las víctimas directas, la prevalencia media del TDM sería aproximadamente 20-30% (García-Vera y Sanz, 2010; Gutiérrez Camacho, 2015; Salguero et al., 2011), la del trastorno de ansiedad generalizada 7% y la del trastorno de angustia 6% (García-Vera y Sanz, 2010), mientras que la prevalencia del abuso de alcohol en todo tipo de víctimas sería 7,3% (DiMaggio et al., 2009). Estas cifras superan ampliamente a las de la población general. Por ejemplo, en España la prevalencia anual del TDM, del trastorno de ansiedad generalizada, del trastorno de angustia y de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol se estima, respectivamente, en aproximadamente 4%, 0,5%, 0,6% y 0,7% (Haro et al., 2006), por lo que la prevalencia de esos trastornos en las víctimas directas multiplicaría por 5-7, 14, 10 y 10, respectivamente, su prevalencia en la población general española.

5) Existe una alta comorbilidad psicopatológica entre las víctimas de atentados terroristas que presentan trastornos psicológicos, de manera que es muy frecuente, por ejemplo, la presencia simultánea de TEPT y TDM.

En el estudio de Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarrizaga, González Ordi y Galea (2004) con 117 víctimas directas y familiares de fallecidos y heridos en los atentados del 11-M, se encontró, de 1 a 3 meses después de los atentados, que el TEPT y el TDM afectaban al 36% y al 31%, respectivamente, de las víctimas, pero que casi el 19% presentaban simultáneamente ambos trastornos, de manera que más de la mitad de las víctimas que presentaban TEPT sufrían también TDM.

La constatación de esta alta comorbilidad es importante para el pronóstico y el tratamiento, ya que la misma, especialmente la del TEPT con TDM, se asocia a una mayor gravedad sintomatológica, mayor deterioro en el funcionamiento cotidiano y un curso más crónico de los síntomas y del deterioro (Kessler et al., 2005; Shalev et al., 1979).

¿QUÉ TIPOS DE VÍCTIMAS PRESENTARÁN MÁS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS?

6) Los trastornos psicológicos pueden aparecer en todo tipo de víctimas, tanto directas (heridos y supervivientes) como indirectas (familiares de fallecidos o heridos en atentados, personal de emergencias, rescate y recuperación, y residentes de las zonas o ciudades afectadas por los atentados).

7) En todas las víctimas la prevalencia de los trastornos estará por encima de su prevalencia en la población general.

8) La prevalencia será más alta entre las víctimas directas y los familiares de los fallecidos e heridos que entre el personal de emergencias, rescate y recuperación o entre las personas de las zonas o ciudades afectadas.

Si la prevalencia media del TEPT entre las víctimas directas es del 18-40%, dicha prevalencia es aproximadamente del 17-29%

entre los familiares de fallecidos y heridos, del 3-11% entre los residentes de las zonas o ciudades afectadas y del 5-12% entre el personal de emergencias, rescate y recuperación (García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016; Gutiérrez Camacho, 2015), todas ellas muy superiores a las prevalencias del TEPT de 0,5%, 3,5% y 0,9% que se encuentran en la población general de, respectivamente, España, EE. UU. y Europa.

¿CUÁL ES EL CURSO DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LAS VÍCTIMAS?

9) Después de un año desde los atentados, sus repercusiones psicopatológicas habrán disminuido considerablemente en los residentes de las zonas o ciudades afectadas y en el personal de emergencias, rescate y recuperación, aunque no mucho en los heridos por los atentados ni en los familiares de los heridos o fallecidos.

Según el metaanálisis de DiMaggio y Galea (2006), basado en 18 estudios, la mayoría transversales, al cabo de 2 meses tras los atentados se observa entre las víctimas directas e indirectas una prevalencia media del TEPT de 16%, la cual, a los 6 meses, se ha reducido significativamente al 14% y, al año, al 12%.

Sin embargo, estos datos tienen que matizarse teniendo en cuenta el tipo de víctimas y analizando prioritariamente los resultados de los estudios longitudinales, que son los que permiten apreciar mejor el curso de un trastorno. En este sentido, los resultados de la revisión de García-Vera y Sanz (2016; véase también García-Vera et al., 2016) indican que a los 6-9 meses de los atentados del 11-M, tanto entre los residentes de Madrid como entre el personal de emergencias y asistencia, se encontró una reducción importante en la frecuencia del TEPT (de 2,3% a 0,4%, y de 1,2% a 0%, respectivamente), de forma que a los 6-9 meses de los atentados, el porcentaje de personas con TEPT en esos dos grupos de víctimas fue similar al de su prevalencia en la población general española. Por el contrario, en los familiares de fallecidos y heridos en el 11-M, los resultados son contradictorios. En un estudio, se confirmó la reducción en la frecuencia del TEPT (de 28,2% a 15,4%), mientras que en otro no se observó ninguna reducción significativa en la frecuencia del TEPT (de 34% a 31,3%) (García-Vera y Sanz, 2016). En cuanto a las víctimas directas de los atentados del 11-M, el único estudio longitudinal publicado hasta la fecha no encontró, a corto o medio plazo, que con el paso del tiempo se produjera una reducción importante del número de heridos que sufrían TEPT; de hecho, el porcentaje de heridos que sufría este trastorno a los 6 meses del 11-M (34,1%) era prácticamente igual al porcentaje que lo padecía al mes (35,7%), y, únicamente al año, se pudo apreciar una reducción significativa de la prevalencia del TEPT, situándose en el 29%. No obstante, a pesar de esas reducciones, tanto en los familiares de los heridos o fallecidos como en las víctimas directas, la prevalencia de TEPT a los 6-9 meses o al año de los atentados se seguía encontrando muy por encima de su prevalencia en la población general española.

Algo parecido ocurre en relación con el curso de los trastor-



nos depresivos y de ansiedad en las víctimas del terrorismo. Por ejemplo, los estudios longitudinales realizados con las víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-M han revelado que, a los 6-9 meses de los atentados, se había producido una reducción muy importante en la frecuencia del TDM entre los residentes madrileños (de 8% a 2,5%) y el personal de emergencias y asistencia (de 2% a 0%), mientras que dicha reducción era menor entre los familiares de fallecidos y heridos (de 31,2% a 15,2%) y aún menor en las víctimas heridas (de 28,6% a 22,7%) (García-Vera y Sanz, 2010). Es más, mientras que en los residentes de la ciudad afectada y en el personal de emergencias y rescate tales reducciones suponían que la prevalencia del TDM se asemejase (o incluso fuera menor) que la prevalencia de la población general, dichas reducciones no suponían tanto en las víctimas directas como en los familiares que la prevalencia del TDM fuera similar a la de la población general española, sino que, por el contrario, la frecuencia del trastorno en esos dos grupos seguía siendo muy superior (García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al., 2011).

10) Incluso a muy largo plazo (después de 5, 10 o 20 años desde los atentados), habrá un porcentaje muy importante de víctimas directas y de familiares de heridos o fallecidos que seguirán presentando trastornos psicológicos.

Una revisión de los estudios realizados con víctimas directas entre 1 y 10 años después de haber sufrido los atentados terroristas ha encontrado que casi el 28% de dichas víctimas padecían TEPT y un 10% TDM (Gutiérrez Camacho, 2015; véase también García-Vera et al., 2016), porcentajes que, aun siendo menores que los que se encuentran entre un mes y un año después de los atentados (41% y 24%, respectivamente), representan porcentajes muy superiores a los de la población general de España (0,5% para el TEPT y casi 4% para el TDM; Haro et al., 2006) o de Europa (0,9% para el TEPT y 3,9% para el TDM; the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004).

De hecho, los trastornos psicológicos a muy largo plazo pueden ser más frecuentes dependiendo de las circunstancias en que se han producido los atentados terroristas, de las circunstancias que han rodeado a las víctimas tras los atentados y de la atención psicológica que hayan podido recibir. Por ejemplo, un reciente estudio realizado, en colaboración con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), con 507 víctimas directas e indirectas (familiares de fallecidos y heridos) de todo tipo de atentados en España, encontró que, después de que hubiese pasado una media de 21 años desde el atentado, el 27% de las víctimas padecían TEPT, el 18% TDM y el 37% un trastorno de ansiedad (Gutiérrez Camacho, 2015). Las razones por las que las víctimas del terrorismo en España presentan a muy largo plazo (una media de 21 años tras los atentados) un porcentaje tan elevado de trastornos psicológicos, pueden ser muy variadas, pero se podrían plantear algunas explicaciones, no excluyentes entre sí ni con otras, que presumiblemente interactuarían entre sí para dar cuenta de esa alta prevalencia y que tienen que ver con factores históricos relacionados con las características del terrorismo en España, con el apoyo que han recibido las víctimas del terrorismo por parte de la sociedad española y con la atención psicoló-

gica que han podido recibir. En concreto, esa alta prevalencia podría deberse a que las víctimas españolas han tenido: 1) una intensa y repetida exposición a los atentados y un gran estrés vital tras los mismos, en forma de exposición directa o cercana a otros atentados, a las noticias sobre atentados en los medios de comunicación, a la violencia callejera relacionada con el terrorismo, a amenazas personales continuadas por parte de los terroristas o de su entorno, etc.; 2) un escaso apoyo por parte de la sociedad, al menos hasta fechas muy recientes, y 3) una atención psicológica poco adecuada, también al menos hasta muy recientemente.

Según López-Romo (2015), durante 1991-2013 hubo 5.113 ataques de *kale borroka* (violencia callejera) a empresas en el País Vasco, en el año 2002 había 963 personas (políticos, jueces, fiscales, periodistas, profesores, etc.) escoltadas por amenaza de ETA contra sus vidas (eso sin contar policías, todos ellos objetivos de ETA) y, durante 1995-2000, hubo una media de 804 ataques terroristas cada año entre acciones de ETA y violencia callejera. Es más, durante los "años de plomo" del terrorismo en España (1978-1988) hubo más de 65 fallecidos al año por atentados, más de un fallecido cada semana. Además, según los datos del estudio de Martín Peña (2013), la violencia psicológica experimentada por las víctimas y los amenazados del terrorismo en el País Vasco fue muy elevada: el 69% sufrieron aislamiento social, el 68% experimentaron control y vigilancia por parte de personas cercanas al entorno terrorista, el 74% recibió amenazas, el 79% sufrió desprecio, humillación y rechazo, y el 90% se sintió estigmatizado. Todos estos datos indican, pues, que las víctimas del terrorismo en España, en comparación a las víctimas de los atentados ocurridos, por ejemplo, en EE. UU., han vivido una intensa y repetida exposición a los atentados y han sufrido posteriormente muchos acontecimientos estresantes relacionados con ellos, lo que probablemente haya agravado sus repercusiones psicopatológicas, dado que una mayor exposición al trauma y un nivel más alto de estrés vital tras el mismo son variables que gozan de un sólido aval empírico como factores de riesgo para, por ejemplo, el TEPT (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

Por otro lado, en España, durante los años 70, 80 y 90 del siglo XX, faltó empatía, sensibilidad y apoyo social hacia las víctimas por parte de la sociedad, de manera que hubo épocas en que incluso tuvieron que "escondersé" y casi avergonzarse de su condición de víctimas, especialmente en el País Vasco y cuando las víctimas directas pertenecían al ejército o a las fuerzas de seguridad (Calleja, 2006; López Romo, 2015; Rodríguez Uribe, 2013). Por ejemplo, un estudio ha revelado que el 76% de los asesinatos realizados por ETA durante los años de la transición (1978-1981) y el 82% de los realizados durante los años de la consolidación democrática (1982-1995) no generaron en el País Vasco movilización social alguna de apoyo a las víctimas, mientras que, por el contrario, el 100% de los asesinatos de miembros de ETA sí fueron respondidos con manifestaciones o huelgas de apoyo a los terroristas fallecidos (López Romo, 2015). La falta de apoyo social es, precisamente, otro de los factores de riesgo sólidamente asociados



al TEPT (Brewin et al., 2000). Afortunadamente, con la fundación en 1986 de Gesto por la Paz, una organización de la sociedad civil dirigida a concienciar, sensibilizar y defender un compromiso social activo de solidaridad con las víctimas del terrorismo, se inició una respuesta social sistemática de apoyo a las víctimas y condena del terrorismo, la cual llegó a ser multitudinaria tras el asesinato de Miguel Ángel Blanco, el concejal del PP en Ermua, en 1997 (Rodríguez Uribe, 2013).

Finalmente, los conocimientos sobre el tratamiento de los trastornos mentales provocados por el terrorismo eran escasos en los años 70 a 90 del siglo pasado, e, incluso, cuando tales conocimientos ya estaban disponibles para la comunidad científica y profesional (p. ej., en la primera década del siglo XXI), no fueron llevados convenientemente a la práctica por las autoridades sanitarias. Por ejemplo, según el informe de su director (Ferre Navarrete, 2007), el plan extraordinario de atención a la salud mental para los afectados por los atentados del 11-M que se puso en marcha en la Comunidad de Madrid entre 2004 y 2006 contrató el doble de psiquiatras que de psicólogos, cuando actualmente el tratamiento de elección para el TEPT es psicológico y no farmacológico (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2013; García-Vera et al., 2015; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2005). Además, dicho plan realizó, hasta diciembre de 2006, 3.243 primeras consultas y 14.497 consultas de revisión mensuales o bimensuales para 3.234 pacientes atendidos, lo que supuso una media de 4,5 consultas mensuales o bimensuales por paciente y cuestiona que en dichas consultas se pudieran implementar los tratamientos psicológicos que actualmente se muestran eficaces y útiles para el TEPT y que implican un mayor número de sesiones y que éstas sean semanales (ACPMH, 2013; García-Vera et al., 2015; NICE, 2005). De hecho, un reciente estudio realizado, en colaboración con la AVT, con una muestra de 125 víctimas directas y familiares de fallecidos y heridos de los atentados del 11-M, encontró que, después de una media de 8,6 años desde los atentados, el 33,6% de las víctimas padecían TEPT, el 22,4% TDM y casi el 50% un trastorno de ansiedad, y eso a pesar de que un 70,4% de las víctimas habían recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico a raíz de los atentados y que un 27,4% lo estaban recibiendo en el momento de participar en el estudio, la mayoría (58,4%) únicamente psiquiátrico (Gutiérrez Camacho, 2016).

¿QUÉ TRATAMIENTO ES EL MÁS ADECUADO PARA LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO?

11) *Existen tratamientos psicológicos, en particular, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT), que se han mostrado eficaces y útiles en la práctica clínica para el tratamiento del TEPT y de los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, incluso con víctimas que sufren dichos trastornos a muy largo plazo (15-25 años después de los atentados).*

Hasta hace apenas 12 años, no había prácticamente ningún estudio empírico publicado sobre el tratamiento específi-

co del TEPT (o de cualquier otro trastorno mental) derivado de actos terroristas, por lo que las recomendaciones sobre qué tratamientos se debían aplicar con las víctimas de terrorismo se basaban en la literatura sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en personas que habían experimentado otros tipos de acontecimientos traumáticos, incluyendo veteranos de guerra, víctimas de violencia física o de violación, refugiados o supervivientes de accidentes de tráfico. Afortunadamente, esta literatura empírica es muy numerosa y ha permitido realizar numerosas revisiones de estudios experimentales con grupo de control que ofrecen conclusiones sólidas sobre los tratamientos que gozan de mayor aval empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT (p. ej., ACPMH, 2013; Bisson et al., 2007; NICE, 2005) y sobre las cuales se han elaborado guías de práctica clínica que son bastante coincidentes en sus recomendaciones terapéuticas (p. ej., ACPMH, 2013; NICE, 2005):

- Los tratamientos con mayor aval empírico son actualmente las terapias psicológicas centradas en el trauma, en concreto, la terapia de exposición, la TCC-CT (que incluye técnicas de reestructuración cognitiva junto con técnicas de exposición), el entrenamiento en control de la ansiedad (o entrenamiento en inoculación de estrés) y la EMDR (desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares).
- Estas terapias deben considerarse los tratamientos de elección para el TEPT por encima de otras terapias psicológicas con cierta popularidad (p. ej., la intervención psicológica temprana breve [*psychological debriefing*]) o de las terapias farmacológicas.
- Las terapias farmacológicas no deberían utilizarse como tratamiento habitual de primera línea para el TEPT en lugar de una terapia psicológica centrada en el trauma, sino que deberían utilizarse cuando un paciente no quiera dicho tratamiento psicológico o cuando el mismo, después de haberse aplicado al menos durante 12 sesiones (sesiones que habitualmente duran 50-90 minutos), no haya producido beneficios terapéuticos o éstos hayan sido escasos.

Actualmente, estas recomendaciones se pueden matizar a partir de la literatura científica específicamente desarrollada para evaluar en las víctimas del terrorismo la eficacia y utilidad clínica de diferentes tratamientos. Una reciente revisión de dicha literatura (García-Vera et al., 2015), indica que de las terapias de elección para el TEPT que se nombraban antes, tan solo la TCC-CT y la terapia de exposición han sido objeto de estudio empírico en cuanto a su eficacia o utilidad clínica en víctimas adultas de atentados terroristas que presentan dicho trastorno, y de ellas la primera es con diferencia la más analizada (cuatro estudios de eficacia, incluyendo tres experimentales, y tres estudios de utilidad clínica), y con resultados de eficacia y utilidad clínica claramente positivos y consistentes. Por el contrario, la terapia de exposición tan solo ha sido objeto de un único estudio de eficacia y con resultados inferiores a los encontrados para la TCC-CT. Por ejemplo, en el postratamiento, tan solo el 17% de las víctimas de terrorismo con TEPT



que habían recibido terapia de exposición con un fármaco placebo mejoraron clínicamente, porcentaje que se elevaba al 42% cuando dicha terapia se combinaba con paroxetina, pero que aun así era inferior a las tasas de mejoría clínica que se encontraron entre las víctimas con TEPT que habían recibido TCC-CT y que oscilaban entre 33% y 69%, con una media de 57,4%.

En resumen, los resultados de la revisión de García-Vera et al. (2015) sugieren que la TCC-CT sería la alternativa terapéutica de elección para las víctimas de terrorismo que sufren de TEPT, al menos mientras no se publiquen más estudios y con resultados más favorables sobre la eficacia de la terapia de exposición, mientras no existan estudios sobre la eficacia específica en víctimas de terrorismo de las otras terapias psicológicas que sí se han mostrado eficaces para el TEPT derivado de otros acontecimientos traumáticos (entrenamiento en control de la ansiedad y EMDR), y, por supuesto, por encima de otras terapias psicológicas o farmacológicas que no solo nunca han sido puestas a prueba con víctimas de terrorismo, sino que carecen del adecuado apoyo empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT producido por otras situaciones traumáticas o son menos eficaces para el mismo.

Corroborando la eficacia y utilidad clínica de la TCC-CT para el TEPT que pueden sufrir las víctimas del terrorismo, los resultados de tres estudio empíricos realizados recientemente por la Universidad Complutense de Madrid y la AVT con víctimas de todo tipo de atentados terroristas en España (Cobos Redondo, 2016; Gesteira Santos, 2015; Moreno et al., 2016) y en los cuales se evaluó la eficacia y utilidad clínica de un programa de TCC-CT de 16 sesiones basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa, Hembree y Rothbaum (2007), pero a la que se habían añadido técnicas cognitivas para dicho trastorno así como otras técnicas cognitivas y cognitivo conductuales para el tratamiento de otros trastornos de ansiedad o depresivos que pueden sufrir aislada o concurrentemente las víctimas de terrorismo, indican que:

- a) La TCC-CT es eficaz y clínicamente útil no solo en víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT, sino también en víctimas que de manera comórbida con dicho trastorno o de manera aislada sufren TDM o trastornos de ansiedad.
- b) La TCC-CT es también eficaz y clínicamente útil para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT, TDM y/o trastornos de ansiedad a muy largo plazo, en concreto una media de 18-20 años después de haber sufrido el atentado.
- c) La TCC-CT es eficaz y clínicamente útil no solo a corto plazo (postratamiento y seguimientos a un mes) y medio plazo (seguimientos a 3 y 6 meses), sino también a largo plazo (seguimientos a un año), de manera que mantiene sus beneficios terapéuticos al menos hasta un año después de su aplicación. Por ejemplo, en el estudio de Cobos Redondo (2016) con 65 víctimas directas y familiares de fallecidos y heridos en atentados terroristas, si antes de recibir dicha terapia había un 65% de dichas víctimas que sufrían TEPT y un 46% que sufrían TDM, al año de finalizar la terapia ninguna sufría TEPT y tan solo un 3,5% sufría TDM.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo era exponer y analizar las conclusiones más relevantes que se pueden extraer de la investigación científica hasta ahora publicada sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas en los adultos y su tratamiento. A partir de los resultados de diferentes revisiones narrativas y metaanalíticas de dicha investigación y de los estudios más recientes, especialmente, de los realizados con víctimas en España, se pueden extraer once conclusiones que, con un nivel suficiente de certidumbre, convergen en afirmar que, tras un atentado terrorista, tanto las víctimas directas como indirectas (y entre estas últimas, especialmente los familiares directos de los fallecidos y heridos en atentados), necesitarán un seguimiento psicológico y una atención psicológica a corto, medio, largo y muy largo plazo. Aunque quedan por esclarecer algunos aspectos de esas conclusiones así como muchos otros no contemplados en las mismas, estas conclusiones permiten estimar, tras un atentado terrorista, cuántas víctimas adultas desarrollarán trastornos psicológicos, qué trastornos serán más frecuentes y cuál será su curso, qué tipos de víctimas se verán más afectadas y cuál será el tratamiento más adecuado para sus trastornos, de manera que estos conocimientos deberían informar los procedimientos de evaluación, intervención y tratamiento que se pongan en marcha con las víctimas del terrorismo.

REFERENCIAS

- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97-104.
- Blanco, P. R. (2015, 19 de marzo). 17 extranjeros y dos tunecinos mueren en un atentado en Túnez. *El País*. Recuperado de http://internacional.elpais.com/internacional/2015/03/18/actualidad/1426680354_220858.html
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Calleja, J. M. (2006). *Algo habrá hecho: odio, muerte y miedo en Euskadi*. Madrid: Espasa Calpe.
- Cobos Redondo, B. (2016). *Efectividad a un año de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos a muy largo plazo* (Trabajo fin de máster). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566.
- DiMaggio, C., Galea, S., y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894-904.



- El Mundo (2015, 19 de noviembre). Víctimas de los atentados de París. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/internacional/2015/11/15/56479576e2704e3d508b45d7.html>
- Ferre Navarrete, F. (2007). Salud mental y atentados terroristas. En P. Arcos González y R. Castro Delgado (Dir.), *Terrorismo y salud pública. Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba* (pp. 145-165). Madrid: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences*. Nueva York: Oxford University Press.
- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2), 215-244.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119(1), 328-359.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.
- Gesteira Santos, C. (2015). *Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para trastornos por estrés post-traumático, depresivos y de ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- González, M., y Junquera, N. (2015, 12 de diciembre). Los talibanes matan a dos policías españoles de la Embajada en Kabul. *El País*. Recuperado de http://internacional.elpais.com/internacional/2015/12/11/actualidad/1449845892_464466.html
- Gutiérrez Camacho, S. (2015). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Diez años de los atentados terroristas del 11-M: prevalencia a muy largo plazo de trastornos psicológicos en víctimas adultas del 11-M* (Trabajo fin de máster). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- López Romo, R. (2015). *Informe Foronda. Los contextos históricos del terrorismo en el País Vasco y la consideración social de sus víctimas 1968-2010*. Instituto de Historia Social Valentin de Foronda, Universidad del País Vasco.
- Martín-Peña, J. (2013). Amenazados de ETA en Euskadi: una aproximación al estudio científico de su victimación. *Eguzkilo*, 27, 95-117.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304.
- Moreno, N., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, C., Gutiérrez, S., Zapardiel, A., Cobos, B., y Marotta-Walters, S. (2016). *Trauma-focused cognitive-behavioral therapy in victims of terrorist attacks: an effectiveness study with mental disorders at very long term*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Mourzena, A. (2015, 10 de octubre). 95 muertos en un atentado en un acto por la paz en Ankara. *El País*. Recuperado de http://internacional.elpais.com/internacional/2015/10/10/actualidad/1444465593_113881.html
- Mourzena, A. (2016, 14 de marzo). Al menos 37 muertos tras una fuerte explosión en el centro de Ankara. *El País*. Recuperado de http://internacional.elpais.com/internacional/2016/03/13/actualidad/1457889360_807380.html
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (2015). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2014*. Recuperado de <http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>
- Rodríguez Uribe, J. M. (2013). *Las víctimas del terrorismo en España*. Madrid: Dykinson.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocá, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: a systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11(96). doi:10.1186/1471-244X-11-96
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., y Pitman, R. K. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630-637.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 21-27.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 61-74.